

Behandeling hoge bloeddruk in het kraambed

1 Definitie

Zwangerschapsgeïnduceerde hypertensie en pre-eclampsie treden op in 10% van de zwangerschappen (20,000 zwangeren per jaar) en kunnen gepaard gaan met ernstige complicaties zoals eclampsie, abruptio placentae, vroeggeboorte, HELLP-syndroom en uiteindelijk zelfs maternale of neonatale sterfte (NVOG 2012)

Er is sprake van zwangerschapshypertensie indien er na 20 weken zwangerschapsduur een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of een systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg wordt gemeten bij een vrouw die voordien een normale bloeddruk had. De bloeddruk hoort drie maanden na de bevalling weer normaal te zijn ($< 140/90$ mmHg) (NVOG, 2012). Deze bloeddruk moet minimaal twee keer zijn vastgesteld, met de hand gemeten en met een tijdsinterval van minimaal 4 uur.

Pre-eclampsie is de combinatie van zwangerschapshypertensie met proteïnurie (≥ 300 mg/24 uur). Pre-existente hypertensie is hypertensie (bloeddruk $\geq 140/90$ mmHg) gediagnosticeerd voorafgaand aan de zwangerschap of voor 20 weken zwangerschapsduur (NVOG 2012).

In de eerste 8 dagen na de partus is het risico op het alsnog ontstaan of het opnieuw ontstaan van pre-eclampsia, het HELLP syndroom of een eclamptisch insult vergroot bij vrouwen met een hypertensieve aandoening in de zwangerschap. In de eerste 48 uur post-partum is het risico het hoogst. Van alle eclamptische insulten vindt 28-30 % na de bevalling plaats.

2 Bloeddruk meting

De bloeddruk wordt gemeten met een jaarlijks geijkte veermanometer, voorzien van een adequate manchet. De bloeddruk wordt gemeten met Korotkoff 5, aan de rechter bovenarm, nadat de vrouw 3 minuten heeft gezeten. Na 3 minuten wordt de meting zo nodig herhaald; de meting met de laagste systolische waarde is bepalend.

Bloeddrukmeting vindt plaats 24 uur en 48 uur na de partus en tevens 8 dagen na de partus. Op indicatie vindt er vaker een bloeddrukmeting plaats.

3 Streefwaarden

Strikt genomen is het niet redelijk kraamvrouwen met chronische hypertensie of obesitas, status na zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie of HELLP-syndroom op dezelfde wijze te beoordelen, maar om reden van eenduidigheid wordt hiervoor toch gekozen. Omdat systolische en diastolische bloeddruk geen twee-eenheid vormen, zijn de adviezen gebaseerd op de afzonderlijke waarden.

Overbehandeling lijkt minder risico's te hebben dan onderbehandeling. Terughoudendheid ten aanzien van behandeling lijkt derhalve ongewenst.

Postpartum zal individueel per kraamvrouw worden bepaald of antihypertensiva die gestart zijn in de zwangerschap direct worden gestopt of worden gecontinueerd. De overweging wordt bepaald door de hoogte van de bloeddruk in de eerste uren post-partum en de ernst van de hypertensieve aandoening. Onderstaand schema wordt hierbij als leidraad gebruikt.

Ook bij een hypertensieve aandoening die in het kraambed ontstaat, zonder dat er in de zwangerschap problemen zijn geweest, geldt onderstaand leidraad

Klasse	Systole		Diastole	Beleid
1	>170	en/of	>100	klinische opname en medicatie
2	150-170	en/of	90-100	i.o.m. gynaecoloog start Labetalol 3dd 100mg en dosering dagelijks aanpassen tot maximaal 3 dd 400 mg
3	130-150	en/of	80-90	geen medicatie, maar eventueel gestarte medicatie 6 weken handhaven

Klasse	Systole		Diastole	Beleid
4	<130	en	<80	i.o.m. gynaecoloog medicatie afbouwen en staken

4 Therapiekeuze

Labetalol is het middel van eerste keus voor de behandeling van hoge bloeddruk in het kraambed.

Tijdens het kraambed wordt veelal ijzermedicatie voorgeschreven. IJzer kan de opname van methyldopa, het preferente middel tijdens de zwangerschap, met 70% reduceren. Ofschoon geduid als veilig tijdens lactatie, wordt methyldopa uitgescheiden in moedermelk. Methyldopa is zelden een middel van keuze bij vrouwen die langdurig behandeld moeten worden. Hiermee vervalt methyldopa als antihypertensivum tijdens het kraambed.

Vrouwen met een pre-existente hypertensie, die flesvoeding geven kunnen opnieuw starten met de medicatie van voor de zwangerschap. Bij vrouwen die borstvoeding geven, moet nagegaan worden of dit middel tijdens lactatie gebruikt mag worden.

Kraamvrouwen die

- voorafgaand aan de zwangerschap geen anti-hypertensiva gebruikten
- methyldopa gebruikten tijdens de zwangerschap
- hoge bloeddruk hebben na de partus of de eerste dagen van het kraambed

worden bij voorkeur behandeld met Labetalol 2dd 100 mg (min) – 3 dd 400 mg (max).

De gynaecoloog is tot 6 weken post-partum verantwoordelijk voor de behandeling van de hypertensie. Daarna zal de zorg worden overgedragen aan de huisarts, waarbij zo nodig laagdrempelig overleg met de tweedelij kan plaatsvinden (gynaecoloog of internist).

5 Post partum controle na 6 weken en verdere controles

Vrouwen met een hypertensieve aandoening in de zwangerschap worden gezien voor een nacontrole door de gynaecoloog. Onder meer vindt tijdens dit gesprek een risicoschatting en advies plaats ten aanzien van een volgende zwangerschap. Op indicatie kan een pre-conceptioneel consult in de derdelijn plaatsvinden (dit indien er een ernstige hypertensieve aandoening is ontstaan in zwangerschap of kraambed)

Indien hoge bloeddruk tijdens zwangerschap of kraambed: eerste controle bij huisarts 3 maanden later en nadien minimaal jaarlijks. Indien systole > 150 en/of diastole > 90, binnen 1 week naar huisarts. Indien systole > 170 en/of diastole > 100, direct overleg met huisarts.

Overwegingen bij risicoschatting:

- Hoe korter de periode tussen twee zwangerschappen, hoe lager het risico op pre-eclampsie
- Het herhalingsrisico van zwangerschapshypertensie varieert van 16%-47%
- Het herhalingsrisico van pre-eclampsie varieert van 2%-7%
- Van de vrouwen die pre-eclampsie hebben gehad, heeft 39% na drie maanden nog hypertensie en 14% nog proteinurie
- Vrouwen die een ernstige hypertensieve aandoening hebben gehad, rapporteren tot een jaar na de bevalling meer lichamelijke klachten en / of psychosociale problemen
- Na een zwangerschap met pre-eclampsie hebben vrouwen een vier maal verhoogde kans op hart en vaatziekten later in het leven.

6 Referenties

1. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. RCOG Guideline No. 10(A) (2006).
2. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Sibai BM, Obstetrics & Gynecology (2003) 102:181-192.

3. Treatment of hypertension in the puerperium. Widdowson K (2006)
http://www.bwhct.nhs.uk/c201_webcat_postpartum_hypertension-2htm
4. International Society for Study of Hypertension in pregnancy (ISSHO)
5. Hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap. NVOG maart 2012.
6. Standaard hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode. KNOV 2011.